

влечение в процесс соседних органов и структур из-за значительных размеров опухоли, что зачастую диктует необходимость выполнения комбинированных операций, сопровождавшихся значительным процентом послеоперационных осложнений и летальностью. Обследование и лечение больных с неорганными опухолями забрюшинного пространства следует проводить в специализированных онкологических учреждениях при наличии высококвалифицированных хирургов, владеющих техникой абдоминальных, урологических, гинекологических операций и навыками сосудистой хирургии.

К ВОПРОСУ О ТЕРМИНОЛОГИИ ПРИ ОПИСАНИИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЫ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Н.М. Федоров, Д.Д. Нохрин, Н.В. Белоусова

Тюменская ГМА
Тюменский ООД

Ультразвуковая томография является одним из основных методов диагностики онкологических процессов. В то же время, термины, используемые врачами-сонологами для характеристики разновидностей макроскопических форм и направления роста опухоли в органе, в ряде случаев не совпадают с принятыми в клинической онкологии. В связи с этим, нам представляется актуальным вопрос об одинаковой интерпретации этих понятий клиницистами-онкологами и врачами ультразвуковой диагностики.

Выделяют три варианта формы опухолей в органе: экзофитный, эндофитный, смешанный (Петров Н.Н., 1952).

Экзофитной (ограниченно растущей) считают опухоль в виде узла. При увеличении размеров образования и развитии некроза возможно образование в полых органах блюдцеобразной или в паренхиматозных – полостной форм.

Эндофитная или инфильтративная форма представляет собой опухоль, распространяющуюся в стенке полого органа или вдоль последней. В паренхиматозных структурах данный вариант определяют как диффузный. При этой разновидности роста стенка или сам орган становятся толще, плотнее, границы новообразования четко не определяются.

Смешанная форма характеризуется сочетанием экзо- и эндофитного роста.

Другим важным моментом при эхографическом описании новообразований является направление роста экзофитных форм опухолей по отношению к стенке трубчатых структур или

полых органов. По нашему мнению, при росте опухоли в просвет правомочно пользоваться термином «эндоорганный», при распространении за пределы органа – «периорганный».

Считаем, что использование данной терминологии позволит упорядочить ультразвуковую семиотику, сблизив её с клинико-анатомической. Результатом этого явится выбор врачами онкологами оптимального метода лечения онкологических больных.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАСПОЗНАВАНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.М. Федоров, Н.А. Шаназаров, Н.М. Ясков, Д.Д. Нохрин, Н.В. Белоусова

Тюменская ГМА
Тюменский ООД

Заболеваемость и смертность от рака молочной железы среди женского населения продолжают неуклонно расти. По предварительным оценкам, в 2010 году, раком молочной железы в мире заболеют около полутора миллионов человек (Parkin D.M. и соавт., 2002). В России рак молочной железы находится на первом месте среди причин смерти женщин от злокачественных новообразований. Болезнь на том или ином этапе жизни поражает каждую девятую женщину (Летягин В.П., 2006). В Тюменской области в 2008 году заболеваемость раком молочной железы составила 51,9 на сто тысяч женского населения.

В последние годы для диагностики патологии молочной железы наряду с рентгеновским исследованием широкое применение нашла сонография (ультразвуковое исследование, эхография, УЗИ). Метод не имеет противопоказаний, не дает лучевой нагрузки и позволяет проводить прицельную пункционную биопсию образований молочной железы.

Вместе с тем, остается недостаточно изученная роль УЗИ в комплексном исследовании больных с подозрением на рак молочной железы.

Цель исследования: изучить место и роль эхографии в распознавании рака молочной железы.

Материалы и методы.

Проанализированы результаты обследования 457 больных раком молочной железы, находившихся на лечении в Тюменском областном онкологическом диспансере в период с 2005 - 2009 г.г. Всем пациенткам в плане комплексного исследования выполнена эхография молочных же-

лез с прицельной пункционной аспирационной биопсией под ультразвуковым наведением.

Ультразвуковое исследование выполняли в масштабе реального времени с помощью датчиков 7.5-10 Мгц. Серошкальная эхография проводилась в сочетании с цветовым доплеровским картированием кровотока. Сканирование молочных желез проводили последовательно, в разных плоскостях, при различных углах наклона датчика, степени компрессии железы и интенсивности ультразвука. При нахождении узлового образования обязательным было его полипозиционное исследование.

Из 457 пациенток опухоль соответствовала первой стадии у 95 (25,3%), второй – 231 (48,8%) и третьей – 127 (35,5%) женщин.

Возраст больных варьировал в пределах 24-77 лет (средний возраст - 52,3 года). У 57 (12,4%) человек заболевание было выявлено при профилактическом осмотре.

Результаты и обсуждение.

Средний размер злокачественных опухолей молочной железы составил $2,1 \pm 0,52$ см. Опухолевые узлы размером до 1 см выявлены у 41 (9%), от 1 до 1,9 - 54 (11,8%), от 2 до 4,9 - 253 (55,4%) и выше 5 см - 109 (23%) больных.

При злокачественных новообразованиях молочных желез опухолевый узел сонографически выявлен у всех 457 больных, при этом заключение о раке сделано у 408 (89,8%) пациенток. Наиболее частыми эхографическими признаками опухоли являлись пониженная эхогенность (89%) и неоднородность внутренней структуры узла (89,8%), а также его неровные (69%) и нечеткие (57,3%) контуры. Реже - у 52,2% определяли несоответствие ультразвуковых и пальпаторных размеров опухоли, а также - дорсальную акустическую тень (48,7%).

Наличие микро- и макро обызвествлений было выявлено у 45 (9,8%) больных. При цветовом доплеровском картировании васкуляризация опухоли обнаружена у 252 (55,3%) пациенток.

Применение пункционной биопсии образования под ультразвуковым контролем позволило морфологически верифицировать диагноз у 437 (95,6%) пациенток.

Выводы:

1. Ультразвуковое исследование является высокоэффективным методом диагностики рака молочной железы.

2. Применение прицельной пункционной биопсии и доплерографии дают возможность повысить чувствительность сонографии с 89,8% до 95,6%.

СТАДИРОВАНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО КРИТЕРИЮ N EX VIVO

В.Ю. Фролова, Д.С. Турсуметов

Республиканский КОД, г. Уфа
Башкирский ГМУ

Совершенствование лечения рака молочной железы во многом определяется возможностями адекватного стадирования по критерию N. Оценка состояния регионарного лимфатического аппарата при раке молочной железы определяется в три этапа. Дооперационный этап - достоверность может достигать 50-60% за счет использования современных неинвазивных технологий (УЗИ, КТ, МРТ), в том числе радиоизотопных. Интраоперационный этап - где многое зависит от технологии регионарной лимфатической диссекции - «слепой» или «зрячей». При так называемой, «слепой» диссекции, когда с молочной железой удаляется жировая клетчатка подмышечной области, на этапе операции достаточно сложно достоверно стадировать процесс по критерию N. В этой ситуации окончательное исследование препарата будет проведено после завершения хирургического вмешательства. При втором варианте, а именно с использованием «зрячей» технологии, достоверность возрастает до 90%. Выделение лимфатических узлов и сосудов в ране становится возможным, благодаря современным технологиям ультразвуковых диссекции. Визуальная оценка лимфатической системы подмышечной области, равно как и других зон метастазирования рака молочной железы, дополненная интраоперационной морфологической верификацией узлов, позволяет не только объективно стадировать рак, но и выполнять лимфосохраняющие операции при раке молочной железы. Послеоперационный этап - когда стадирование рака молочной железы производится по критерию N.

В настоящее время в большинстве лечебных учреждений, выделение лимфатических узлов из препарата производится обычным рутинным способом - с помощью ножниц, скальпеля и пинцета. Минимальное количество лимфатических узлов, необходимое для послеоперационного исследования в разных странах не одинаковое. Так, в Японии, это примерно 30, в Европейских странах около 20, в России и в странах СНГ - 10-12. Понятно, что чем больше узлов взято на исследование, тем точнее стадия рака, тем больше возможностей для формирования факторов прогноза и индивидуализации лечения больного. В стандарте при раке молочной железы считается достаточным определения количества поражен-